Sylwia Kluczyńska

PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE

DLA OSÓB W OKRESIE ŚREDNIEJ DOROSŁOŚCI

- Jakie zadania stoją przed osobami w okresie średniej dorosłości?
- Na czym polega kryzys wieku średniego?
- Jakie są metody pomocy osobom w okresie średniej dorosłości?

PWN

SPIS TREŚCI

1. Zadania rozwojowe w okresie średniej dorosłości
1.1. Wspomaganie rozwoju dorastających dzieci
1.2. Opieka nad starzejącymi się rodzicami
1.3. Praca zawodowa

2. Wybrane trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie średniej dorosłości
2.1. Trudności w pełnieniu ról w rodzinie
2.2. Kryzysy wieku średniego
2.3. Specyficzne trudności kobiet w wieku średnim
2.4. Specyficzne trudności mężczyzn w wieku średnim
2.5. Trudności w pracy zawodowej

3. Wybrane metody pomocy osobom w okresie średniej dorosłości
3.1. Praca nad konstruktywnym wyrażaniem emocji
3.2. Psychoedukacja
3.3. Praca nad rozpoznawaniem niekorzystnego sposobu myślenia
3.4. Wzmacnianie samooceny
3.5. Szukanie nowych rozwiązań i możliwości
3.6. Wsparcie społeczne
3.7. Techniki radzenia sobie ze stresem
3.8. Rozwój osobisty

Podsumowanie

Literatura zalecana

Bibliografia

Średnia dorosłość, zwana często wiekiem średnim, obejmuje okres od 35.–40. do 60.–65. r.ż. W literaturze przedmiotu można napotkać wiele kontrowersji dotyczących granic wiekowych tego etapu rozwojowego (por. Olejnik, 2005; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008; Oleś, 2012). Mimo tych wątpliwości oraz zacierania się różnic między poszczególnymi okresami dorosłości sądzi się, że średnia dorosłość istnieje jako specyficzny okres w życiu człowieka (Wojciechowska, 2008). Powszechnie jest ona określana jako czas między młodością a starością. To czas względnego zdrowia, równowagi oraz konsumowania wcześniejszych osiągnięć rozwojowych. Pojawiają się jednak poglądy przyrównujące ten okres do adolescencji, z powodu występujących w nim przejawów wzmożonego napięcia i zachwiania równowagi (Wojciechowska, 2005).

Wiek średni to zazwyczaj okres dużych zmian: dorastanie, a następnie odchodzenie dzieci z domu, nierzadko choroby i śmierć rodziców, zmiana pozycji zawodowej. Człowiek konfrontuje się z młodością własnych dorastających dzieci oraz starością własnych dobiegających schyłku życia rodziców. Często jest to również czas podsumowań dotychczasowych osiągnięć i porównywania ich z wcześniejszymi planami; czas refleksji nad sensem i dalszym kierunkiem życia. Może to być niezwykle ważny i przełomowy okres w życiu człowieka, gdyż ma on wówczas jedyną w swoim rodzaju okazję dokonywać samodzielnych wyborów, zgodnych ze swoim systemem wartości, oraz realizować swoje cele i pragnienia. Podejmując decyzje, może wykorzystać swoje wcześniejsze

doświadczenia oraz uwzględnić rosnącą świadomość skończoności swojego życia.

Średnią dorosłość można uznać za okres największej niezależności i samodzielności ludzi. Teraz to inni oczekują od nich pomocy, a oni mają liczyć przede wszystkim na siebie. Pozbawieni wsparcia, które było dla nich dostępne w poprzednich okresach rozwojowych, mogą czuć się osamotnieni i zagubieni.

Wiek średni dla wielu osób może być trudny ze względu na konfrontację z objawami starzenia się. Pojawiają się widoczne zmarszczki, siwe włosy, kłopoty ze zdrowiem. Zjawisko starzenia się jest przez wiele osób spostrzegane jako przykra niespodzianka, którą przynosi ze sobą życie (Bee, 2004). Istnieją też liczne stereotypy dotyczące średniej dorosłości, np. związane z kryzysem środka życia, syndromem „pustego gniazda”, z gorszym funkcjonowaniem intelektualnym, które mogą potęgować przygnębienie, obawy i lęk u osób wchodzących w ten etap życia.

Warto podkreślić, że wiele z tych mitów nie znajduje wystarczającego potwierdzenia w dotychczas pozyskanych wynikach badań (por. Bee, 2004; Oleś, 2012). Nie powinno się więc tego okresu postrzegać jedynie jako czasu kryzysu i strat. Średnia dorosłość może być czasem wzrostu i nowych możliwości. Człowiek może jeszcze podjąć decyzję o zmianie swojego dotychczasowego życia, zwłaszcza jeśli nie przynosi mu ono wystarczającego zadowolenia lub, przeciwnie, rozwijać te dziedziny, z których czerpie satysfakcję.

1. Zadania rozwojowe w okresie średniej dorosłości

Okres średniej dorosłości charakteryzuje się dużą plastycznością i indywidualizacją rozwoju, który zależy od społeczno-kulturowego kontekstu życia jednostki i w niewielkim stopniu jest determinowany przez czynniki biologiczne. Choć obserwowany jest spadek wydolności wielu funkcji biologiczno-fizjologicznych, to zmiany te przebiegają w sposób stopniowy i łagodny. Dzięki postępowi medycznemu i aktywności fizycznej mogą one być doskonale niwelowane lub kompensowane (Olejnik, 2005). Ludzie w wieku średnim uświadamiają sobie, że osiąganie osobistych celów zależy przede wszystkim od ich własnych działań, ale równocześnie mają też świadomość działania niezależnych sił, takich jak potencjalne pogorszenie się stanu zdrowia czy śmierć bliskich (Bee, 2004).

Zadania średniej dorosłości obejmują przede wszystkim:

- osiągnięcie odpowiedzialności społecznej,
- wspomaganie rozwoju dorastających dzieci,
- utrzymywanie sprawności zawodowej,
- zapewnienie odpowiedniego poziomu życia rodziny,
- zaakceptowanie biologicznych zmian wieku średniego i dostosowanie się do nich (Havighurst, 1981).

Głównym zadaniem średniej dorosłości jest **podejmowanie działań na rzecz innych ludzi**. Osoby

w tym okresie życia dbają o rozwój swoich dzieci, wspierają życiowego partnera, opiekują się swoimi starzejącymi się rodzicami, udzielają wsparcia merytorycznego swoim młodszym współpracownikom. Podejmują role powiernika, doradcy, eksperta czy mentora (Brzezińska, 2002).

Zadania rozwojowe tego okresu to również rozwijanie siebie, swoich pasji, zainteresowań i hobby. Osiągnięcie równowagi między zadaniami wykonywanymi dla innych a zadaniami związanymi z własnym rozwojem jest ważnym wyznacznikiem poczucia spełnienia i zadowolenia z życia w tym okresie.

1.1. Wspomaganie rozwoju dorastających dzieci

Podejmowanie ról rodzicielskich ma duże znaczenie dla rozwoju młodego pokolenia. Jest też wyrazem rozwoju dokonującego się w okresie średniej dorosłości. Rozwój człowieka w wieku średnim dokonuje się przez wspomaganie rozwoju osób młodszych. **Generatywność** jest wymieniana jako jedna z ważniejszych cech charakteryzujących wiek średni. Rozumiana jest ona jako aktywność dorosłych, która przejawia się zaangażowaniem w realizację zadań rozwojowych osób należących do młodszego pokolenia, m.in. przez rodzicielstwo, nauczanie, pełnienie ról liderów i mentorów. Osoby w okresie średniej dorosłości w sposób szczególny chcą opiekować się innymi, chcą czuć się potrzebne – tego wymaga od nich także społeczeństwo. Najczęściej za zachowania generatywne uważa się te, które wymagają tworzenia, podtrzymywania

i opieki oraz przekazywania kolejnym pokoleniom tego, co zostało już stworzone (McAdams, 2001).

Zdaniem Eriksona (1997) rodzicielstwo jest podstawą budowania generatywności. Podejmując działania mające na celu wspieranie rozwoju swoich dorastających dzieci, rodzice realizują istotną dla siebie potrzebę dawania i wpływania na kształt przyszłych pokoleń. Według Eriksona „poszerzająca się troska” i większe zainteresowanie innymi niż sobą to nowa siła witalna i cnota, którą rozwijają ludzie w średnim wieku.

Dorosły człowiek potrzebuje być potrzebny. Możliwość dzielenia się z innymi swoją życiową mądrością i doświadczeniem daje mu poczucie ważności, użyteczności oraz chroni przed samotnością. Poszukiwanie metod przekazywania wartości i doświadczeń adekwatnych do potrzeb dorastającego pokolenia stanowi doniosłe wyzwanie tego okresu (Bakiera, 2004).

W wieku średnim powinien ulec zmianie zakres podejmowanych działań rodzicielskich. Wymaga to od rodzica przewartościowania roli rodzicielskiej i łączących się z nią oczekiwań, postaw, metod wychowawczych. Rodzice muszą się zmierzyć z rosnącą potrzebą autonomii swoich dzieci. Trudności związane z realizacją tych zadań motywują ich do wypracowania nowych sposobów postępowania, które mogą być źródłem zadowolenia i spełniania się w roli rodzicielskiej. Rodzic stwarza optymalne warunki rozwoju swojemu dorastającemu dziecku, gdy okazuje mu zainteresowanie i zrozumienie, akceptuje jego rosnącą niezależność oraz pomaga

w sytuacjach nowych, trudnych, związanych z fizjologicznym dojrzewaniem i społecznym dorastaniem.

Dorastający człowiek potrzebuje wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego ze strony swoich rodziców. Pozwoli mu to zaakceptować dynamiczne zmiany rozwojowe oraz umożliwi lepsze radzenie sobie z oczekiwaniami, jakie ma wobec niego społeczeństwo (Bakiera, 2004). Różnorodność zmian w rozwoju oraz krytycyzm dorastających dzieci skłaniają rodziców do refleksji nad własnym stanem wiedzy, systemem wartości i postępowaniem. Dokonywana refleksja może być ważnym czynnikiem ich rozwoju. Może wyzwalać zmiany w ich strukturach poznawczych i emocjonalnych oraz stymulować zmianę w zachowaniu. Akceptacja dorastania i uniezależniania się własnych dzieci to ważne zadanie okresu środkowej dorosłości. Matki i ojcowie, którzy pozytywnie oceniają wejście swojego potomstwa w świat dorosłych, mają bardziej pozytywny obraz siebie i swojego przeszłego życia. Rodzice, którzy uważają, że ich dzieci są szczęśliwe, potwierdzają wyższy poziom psychicznego dobrostanu (Ryff i Seltzer, 1996; Ryff, Schmutte i Lee, 1996, za: Appelt, 2005).

Generatywności nie można jednak zawężać tylko do rodzicielstwa i czynić oba pojęcia równoznacznymi. Rodzicielstwo nie zawsze jest konieczną lub wystarczającą drogą do realizowania generatywności (McAdams, 2001).

1.2. Opieka nad starzejącymi się rodzicami

Opieka nad starzejącymi się rodzicami jest ważnym wyzwaniem środkowej dorosłości. Postęp w medycynie pozwala ludziom żyć dłużej niż kiedyś. Jednak nie zawsze są oni w dobrym zdrowiu i formie pozwalającej im na niezależną egzystencję. Często potrzebują opieki lub pomocy. W porównaniu z innymi krajami europejskimi Polska jest wyjątkowa, jeśli chodzi o samodzielną opiekę rodzin nad ludźmi starymi. Zdecydowana większość osób starszych jest otoczona opieką swoich najbliższych członków rodziny. Opieka częściej dyktowana jest miłością i troską niż poczuciem obowiązku (Olejnik, 2005). Opiekunami niesamodzielnych już rodziców przeważnie zostają kobiety (Bee, 2004).

Kolejnym ważnym wyzwaniem rozwojowym jest poradzenie sobie ze śmiercią rodziców. Śmierć rodzica to szczególny rodzaj straty oraz jedno z najtrudniejszych wydarzeń życiowych człowieka dorosłego. Choć jest wpisana w scenariusz normatywnych wydarzeń w tym okresie życia, może stanowić poważne zagrożenie i naruszać bezpieczeństwo „własnego istnienia”. Gdy umiera drugi rodzic, następuje zmiana w strukturze rodziny. Osoby w wieku średnim zyskują status najstarszych w rodzinie. Śmierć rodziców sprzyja refleksji nad własną śmiercią, zwłaszcza że osoby w wieku średnim są niejako „następne w kolejce”. Ponadto nieodwołalnie tracą one możliwość powrotów do swoich domów rodzinnych, w których otrzymywały różne formy wsparcia i pomocy. Następuje ostateczne oddzielenie od rodziców i bezpośrednie narażenie na wszelkie zagrożenia ze strony ludzi i świata (Gould, 1978; za: Oleś, 2012).

1.3. Praca zawodowa

W wieku średnim aktywność zawodowa zajmuje szczególne miejsce wśród podejmowanych aktywności. Praca daje możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb, zapewnia odpowiedni status ekonomiczny i społeczny. Prawidłowy rozwój kariery zawodowej sprzyja budowaniu adekwatnego obrazu siebie, tożsamości osobowej, poczucia niezależności i godności osobistej. Praca stanowi zazwyczaj ważne źródło satysfakcji i umożliwia samorealizację oraz osiąganie wytyczonych celów życiowych (Rostowska, 2008).

W początkowym okresie średniej dorosłości statystycznie najwięcej osób otrzymuje awans i cieszy się wybitnymi osiągnięciami w sferze zawodowej. Prestiż i uznanie społeczne są wtedy tak samo ważne jak ciekawa i satysfakcjonująca praca oraz gratyfikacja finansowa. Wraz z upływem lat życie zawodowe stopniowo przestaje być najważniejszym obszarem, a satysfakcja zawodowa słabiej łączy się z ogólną satysfakcją życiową. Osoby w wieku średnim stopniowo podejmują działania mające na celu przygotowanie się do odejścia na emeryturę, m.in. przez stopniowe ograniczanie godzin pracy (Bee, 2004).

2. Wybrane trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie średniej dorosłości

W tym okresie czasami pojawiają się sytuacje, które mogą utrudniać realizację zadań rozwojowych, np.: bezrobocie lub obawa przed utratą pracy, wypalenie zawodowe, brak pomyślnych perspektyw na usamodzielnienie się dorosłych dzieci, późne rodzicielstwo, nagła śmierć partnera, problemy finansowe, kłopoty zdrowotne, konieczność opieki nad starzejącymi się rodzicami. Niepodejmowanie zadań i wyzwań życiowych blokuje rozwój i utrudnia przejście do następnego etapu rozwojowego (por. Brzezińska, 2002; Appelt, 2005).

2.1. Trudności w pełnieniu ról w rodzinie

Optymalne relacje rodziców z dziećmi w wieku dorastania, charakteryzujące się pozytywnymi emocjami, są ważnym przejawem rozwoju w tym okresie. Natomiast niedostosowanie działań rodziców do zmieniających się potrzeb ich dorastających dzieci, np. nadopiekuńczość lub brak odpowiedniego wsparcia i troski, może być wyrazem ich trudności rozwojowych, dodatkowo może też wyraźnie ograniczać rozwój młodego człowieka (Bakiera, 2004).

Syndrom „pustego gniazda”

Gdy córka wyjechała na studia do innego miasta, nie spodziewałam się, że to będzie takie trudne. Tłumaczę sobie, że tak musi być, że nie ja jedna wyprawiam dziecko w świat, ale te argumenty mnie nie przekonują. Ona jest bardzo samodzielna i rozsądna, i wiem, że sobie poradzi z problemami. Ale mnie nie opuszcza świadomość, że będzie w domu już tylko gościem, a ja będę czekać. Na wiadomość, na telefon, na e-maila, na jej przyjazd (Maria, 55 lat).

Powszechnie uważa się, że rodzice w wieku 50–60 lat przechodzą **syndrom „pustego gniazda”**. Tak określa się stan przygnębienia i osamotnienia, gdy dziecko osiąga dorosłość i opuszcza dom, żeby uzyskać niezależność, określić swoją tożsamość. Syndrom ten przejawia się w dążeniu do utrzymania więzi z dzieckiem na dotychczas obowiązujących zasadach. Rodzic nie potrafi zaakceptować uniezależniania się własnych dzieci i nie przewartościowuje swojej roli. Stara się odroczyć moment odejścia dziecka z domu, a kiedy to następuje, boryka się z uczuciem pustki, osamotnienia, narastającym poczuciem bycia niepotrzebnym, a nawet zdradzonym. Jeśli dziecko stanowiło dla rodzica centralny punkt zainteresowania, było przedmiotem troski, a zarazem przyjacielem, powiernikiem i oparciem, to ciężko pogodzić się z jego odejściem.

Często twierdzi się, że problem ten częściej dotyka kobiet, ponieważ silniej są związane ze swoimi dziećmi niż ojcowie (Wojciechowska, 2008). Przez lata to na kobietach spoczywała odpowiedzialność za wychowanie dzieci i ich życie było często w całości temu podporządkowane. Dla matki, która „w imię dobra dziecka” poświęciła swoje życie, aby przez nie realizować własne marzenia, potrzeby i aspiracje, jego usamodzielnienie się może być doświadczeniem „pustki egzystencjalnej”. Nieakceptowanie dorastania dzieci i ich rosnącej potrzeby autonomii może wynikać z braku innych celów, które mogłyby nadawać życiu nowy sens (Sęk, 1990).

W hierarchii wartości życiowych macierzyństwo ma bardzo wysoką pozycję. Elastyczne przeformułowanie tej

struktury w postaci postawienia sobie nowych priorytetów i przesunięcia akcentów bywa trudne. Jest to niełatwe zwłaszcza dla tych kobiet, które były bardziej zorientowane na życie rodzinne i wychowywanie dzieci niż na karierę zawodową oraz samorealizację (Oleś i Baranowska, 2003). Aktywne zawodowo kobiety częściej przyjmują stadium pustego gniazda jako pozytywny etap w swoim życiu (Bee, 2004). Wykazano, że odejście dzieci z domu jest większym problemem dla matek, które nie doznawały wzajemnej satysfakcji i spełnienia potrzeb emocjonalnych w swoim związku (Sobieszczańska, Połać i Stetkiewicz, 2009).

Rodzice jedynaków mają również spore trudności z zaakceptowaniem rosnącej niezależności swoich dzieci i ich odejścia z domu (Wojciechowska, 2008). Rodzice dotknięci syndromem pustego gniazda nie zdają sobie sprawy, że ich dzieci − „odcinając się” od nich − próbują zbudować swoją niezależność oraz tożsamość, a tym samym realizują ważny etap w swoim rozwoju. To trudny czas w życiu młodego człowieka, kiedy to odpowiednia pomoc i wsparcie rodziców są szczególnie ważne.

Puste gniazdo to również poważny przełom dla par małżeńskich. Odejście dzieci z domu zmusza do konfrontacji ze stanem relacji małżeńskiej. W związkach, w których role rodzicielskie dominowały nad małżeńskimi, dom opuszczony przez dzieci może być źródłem stresu i niepokoju. Takie pary mogą mieć wrażenie, że zostały pozbawione ważnego, czasami jedynego celu w ich życiu, mianowicie rodzicielstwa. Spadek fizycznej atrakcyjności partnerów oraz nierzadko trudności w zaakceptowaniu

zmian we własnym wyglądzie i fizjologii mogą dodatkowo utrudniać relacje małżeńskie (Liberska, 2003).

Praca zawodowa, udane relacje małżeńskie czy hobby ułatwiają przejście przez etap „pustego gniazda" w rodzinie. Uwaga do tej pory skoncentrowana na dziecku może zostać przeniesiona na inne ważne sfery życia.

„Przepełnione gniazdo"

Zanim nasz dorosły syn powrócił do domu, mieliśmy z mężem już własne życie. Raz w tygodniu chodziliśmy do kina, lubiliśmy długie spacery, jedliśmy kolacje tylko we dwoje, oglądaliśmy razem nasz ulubiony serial. Aż tu nagle koniec z wolnością, znów zostaliśmy sprowadzeni do roli rodziców i opiekunów! Wstaję rano, robię synowi kanapki do pracy, potem obiad. Dałam się znowu sprowadzić do roli mamuśki, która „przyniesie, poda i pozamiata" (Danuta, 59 lat).

Kryzys gospodarczy oraz trudna sytuacja na rynku pracy utrudniają start życiowy i zawodowy młodych osób. Dość często okazuje się, że **decyzja o „opuszczeniu gniazda"** musi zostać odłożona w czasie. Zdarzają się też sytuacje, w których dorosłe dzieci powracają do domu rodzinnego po pewnym czasie. Może to być spowodowane złą sytuacją ekonomiczną, utratą pracy czy rozwodem. Niektórzy badacze sugerują, że wyprowadzka dzieci z domu jest znacznie łatwiejsza do przyjęcia niż ich pozostanie w nim. Nawet kobiety, które cierpiały na syndrom opuszczonego gniazda, nie są zazwyczaj zadowolone, gdy gniazdo zostaje znów ,,zapełnione". Ponowne ułożenie sobie odpowiednich relacji w rodzinie może okazać się trudne i stresujące. Jednak ponad połowa rodziców mieszkających ze swoimi dorosłymi dziećmi jest

zadowolona z takiej sytuacji (Aquilino i Supple, 1991, za: Bee, 2004).

Późne rodzicielstwo

Staraliśmy się z mężem o dziecko przez prawie 20 lat. Po tylu latach byliśmy już naprawdę tym zmęczeni. Stwierdziliśmy, że widocznie nie jest nam dane zostać rodzicami. Pojechaliśmy w egzotyczną podróż. Zamiast kolejnej wizyty w centrum leczenia niepłodności kupiłam sobie nową sukienkę. Po przyjeździe z wakacji zaczęłam się dziwnie czuć. Poszłam do internisty, bo w ogóle nie brałam pod uwagę tego, że mogę być w ciąży. Teraz z mężem czekamy na narodziny naszego synka. Umieram z przerażenia. Boję się o zdrowie dziecka... o siebie. Martwię się swoim wiekiem. Czy zdążę wychować swoje maleństwo? (Alicja, 43 lata)

45 lat, a tu ciąża. Jak ja będę wyglądała w tym wieku w ciąży? Wiekowe celebrytki mogą się dumnie obnosić ze swoją ciążą w blaskach fleszy, ale ja, w tym małym miasteczku? I od nowa to samo: nieprzespane noce, pampersy, choroby wieku dziecięcego? Dom zaczęliśmy budować, kredyt taki wielki, dzieci zaraz na studia pójdą. Co teraz będzie? Jak ja sobie z tym poradzę? (Ewa, 45 lat)

Współcześnie obserwuje się znaczny wzrost liczby kobiet świadomie decydujących się na **późne macierzyństwo**. Wynika to najczęściej z chęci posiadania dziecka w warunkach pełnej stabilizacji życiowej kobiety. Umocnienie swojej pozycji społecznej i kariery zawodowej ma stanowić gwarancję dobrego, bezpiecznego rozwoju i wychowania potomstwa. Wiąże się to także z rozwojem medycyny, a w szczególności nowych technik rozrodu wspomaganego, które pomagają zajść w ciążę kobietom starszym (Kubiak-Fortecka i Wilczyński, 2009).

W licznych badaniach podkreśla się, iż późne macierzyństwo jest obarczone dużym ryzykiem dla matki, płodu i noworodka. Zaawansowany wiek kobiet ciężarnych niesie ryzyko takich powikłań, jak: poronienia i porody przedwczesne, cukrzyca ciężarnych, nadciśnienie tętnicze oraz patologie łożyska. Obserwuje się też wzrost częstości wykonywanych cesarskich cięć u rodzących powyżej 35. r.ż. (Kubiak-Fortecka i Wilczyński, 2009; Gadomska, Głuszak i Wielgoś, 2010; Stusiński i Lew-Starowicz, 2012). Ciąża i poród kobiet w wieku przedmenopauzalnym wymagają wzmożonej troski. Sam wiek nie przesądza jednak o traktowaniu ciąży kobiet dojrzałych jako patologii. W światowym piśmiennictwie można znaleźć wiele przesłanek dla uznania, iż przy odpowiednim nadzorze położniczym przebieg ciąży i porodu u dojrzałych ciężarnych jest prawidłowy, a ich wyniki położnicze nie odbiegają od wyników młodszych kobiet. Ponadto nie stwierdza się zwiększenia częstości występowania zaburzeń rozwojowych płodu, wad wrodzonych u noworodków czy wyraźnych odchyleń w masie urodzeniowej noworodków (Kubiak-Fortecka i Wilczyński, 2009).

Dojrzałe pacjentki od początku ciąży powinny znajdować się pod specjalistyczną opieką. Istnieją jednak badania (Studziński, 2004), które wskazują, że nie korzystają one w zadowalającym stopniu z opieki medycznej. Można domniemywać, że część z nich nie uświadamia sobie zajścia w ciążę. W wieku przedmenopauzalnym nierzadko pojawiają się nieregularne cykle miesiączkowe. Brak krwawienia miesiączkowego

bywa traktowany jako normalny stan rzeczy, nie budząc podejrzenia ciąży. Kobiety myślą raczej o zbliżającej się menopauzie i całkowitym ustaniu krwawienia. Mogą też nie wiedzieć, że kobieta, która przestaje miesiączkować przed 50. r.ż. jeszcze w ciągu 2 lat może zajść w ciążę, natomiast po 50. r.ż. w ciągu jednego roku (Gadomska, Głuszak i Wielgoś, 2010). Być może część z nich dopiero po kilku miesiącach orientuje się, że jest w ciąży, i dopiero wtedy zgłasza do lekarza. Należy przy tym zwrócić uwagę, że ciąża w dojrzałym wieku jest coraz częściej świadomie zaplanowana i pożądana, co sprawia, że kobiety starannie dbają o swoje zdrowie i rozmyślnie się do niej przygotowują (Witek i Bojdys-Szyndlar, 2006).

W ostatnich latach, w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne, obserwuje się stały rozwój opieki prenatalnej, śródporodowej i neonatologicznej adresowanej do dojrzałych kobiet, co stwarza szansę na udane późne macierzyństwo (Gadomska, Głuszak i Wielgoś, 2010).

Późne rodzicielstwo niesie wiele nowych wyzwań. Często partnerzy mają dzieci z wcześniejszych związków, zdarza się, że pięćdziesięciolatek jest już dziadkiem, gdy zostaje „młodym ojcem“. Wielu dojrzałych rodziców uważa, że wadą późnego rodzicielstwa jest brak fizycznych sił. Przyznają, że mieliby więcej energii na rodzicielstwo, gdyby byli młodsi. Często towarzyszy im obawa, czy będą żyli na tyle długo i czy będą na tyle zdrowi, by doczekać wejścia w dorosłość własnego dziecka. Obawiają się też stygmatyzacji z powodu późnego rodzicielstwa. Zaletą bycia starszym rodzicem dla większości rodziców jest to, że są o wiele lepiej przygotowani do rodzicielstwa, są bardziej

świadomi, odpowiedzialni. Mają udaną karierę zawodową, elastyczną pracę, większe zabezpieczenie finansowe, silniejszą więź z rodziną. Przyznają, że jako starsi rodzice mają więcej czasu i cierpliwości dla swoich dzieci, niż mieli, kiedy byli młodsi.

Bezdzietność

44 lata to już nie czas na dzieci. Lekarz powiedział, że muszę pogodzić się z tym, że nigdy już ich nie będę mieć. Co z tego, że mam wszystko inne? Apartament, świetną pracę, zagraniczne wakacje i dobry wóz. No i kochającego w końcu mężczyznę u swojego boku. Liczył, że nam się z tymi dziećmi uda, ale ja już wiem, że nie jest to możliwe (Anna, 44 lata).

Niezamierzony brak dziecka obniża satysfakcję życiową i utrudnia planowanie przyszłości. Posiadanie dzieci wydaje się czymś naturalnym. Większość ludzi zakłada, że będzie mogła sama zadecydować, czy posiadać dzieci, czy nie (Drennan, 2013). Wiele współczesnych par decyzję o rodzicielstwie odkłada na później. Jest to często związane z niepewnością i niestabilnością zatrudnienia oraz z większymi oczekiwaniami pracodawców co do mobilności i dyspozycyjności pracowników. Odkładanie w czasie pierwszej ciąży czy poszukiwania pomocy w sytuacji pojawienia się kłopotów z prokreacją może ograniczać skuteczność leczenia.

Prawdopodobieństwo uzyskania ciąży obniża się wraz z wiekiem, nawet przy użyciu najlepszych procedur (Łepecka-Klusek, Pilewska-Kozak i Jakiel, 2012). Wraz z wiekiem maleje płodność, na co składa się spadek comiesięcznego prawdopodobieństwa zapłodnienia i wzrost ryzyka utraty wczesnej ciąży. Uważa się, że od 40–41. r.ż.

płodność kobiety gwałtownie maleje i rozpoczyna się okres niepłodny, który o 10 lat wyprzedza moment pojawienia się menopauzy (Witek i Bojdys-Szyndlar, 2006). U mężczyzny związek wieku i płodności nie jest tak jednoznaczny (Łepecka-Klusek, Pilewska-Kozak i Jakiel, 2012).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2000) definiuje **niepłodność** jako niemożność zajścia w ciążę mimo regularnego współżycia płciowego, utrzymywanego powyżej 12 miesięcy, przy braku stosowania antykoncepcji. W etiologii niepłodności znaczącą rolę odgrywają uwarunkowania biologiczne. Współcześnie badacze są skłonni traktować czynniki psychiczne jako rezultat, a nie przyczynę niepłodności. Jednak silny stres, obniżony nastrój, niskie poczucie własnej wartości mogą silnie oddziaływać na procesy fizjologiczne, co w konsekwencji może utrudniać zajście w ciążę (Bidzan, 2010).

Zapoznanie się z diagnozą niepłodności jest trudnym doświadczeniem dla pary bez względu na to, po czyjej stronie leży przyczyna problemu. Kobiety doświadczają najczęściej rozczarowania, smutku, poczucia krzywdy i wstydu (Łepecka-Klusek, Pilewska-Kozak i Jakiel, 2012). Mogą też odczuwać obawy i lęk dotyczący trwałości swojego związku i własnej przyszłości. Pojawia się „huśtawka” nastrojów, drażliwość, poczucie bezradności. Często czują się nieakceptowane przez otoczenie, ponieważ nie wywiązują się ze swoich „naturalnych powinności”. Mężczyźni dość często zamykają się w sobie oraz uciekają od problemu, coraz bardziej angażując się w pracę zawodową. Samoocena i samoakceptacja stopniowo się obniżają zarówno u kobiet, jak i mężczyzn (Bielawska-

Batorowicz, 2006). Pary, które odkładały w czasie decyzję o posiadaniu potomstwa, często uznają niepłodność za swoistą karę. Obwiniają się za brak wcześniejszych starań o dziecko i skupianie się na swojej karierze zawodowej. Pytają: „Dlaczego ten problem dotknął akurat nas?”. Często nawzajem obarczają się winą za niemożność posiadania dziecka. Wycofują się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, zwłaszcza z tymi, którzy mają dzieci. Zdarza się, że ukrywają problem niepłodności przed rodziną i otoczeniem, aby uniknąć stygmatyzacji społecznej. Może nastąpić pogorszenie jakości więzi małżeńskiej oraz satysfakcji ze sfery seksualnej (Drennan, 2013).

Małżonkowie stają w obliczu podjęcia decyzji co do dalszych działań w związku z diagnozą niepłodności. Zazwyczaj rozważają trzy możliwości: rozpoczęcie leczenia, podjęcie starań o adopcję lub zaakceptowanie bezdzietności. Doświadczają wielu silnych emocji, które zależą m.in. od znaczenia, jakie nadają posiadaniu dziecka, motywacji związanej z jego urodzeniem, jakości związku małżeńskiego, czasu leczenia (Bidzan, 2010). Leczenie niepłodności zazwyczaj zmienia jakość życia i dobrostan partnerów. Narusza ich system wartości, sferę intymną oraz przyjęte normy etyczne i moralne (Drennan, 2013). Niektóre pary tracą sens swojego życia, kiedy lekarze zalecają zakończyć leczenie z uwagi na nikłe szanse powodzenia i wiek kobiety.

Decyzja o wycofaniu się z leczenia niepłodności jest trudna. Oznacza, że prawdopodobnie partnerzy nie doświadczą przeżyć związanych z ciążą i porodem oraz mogą nie mieć możliwości spełnienia się w roli rodziców.

Jednakże dalsze leczenie opóźnia lub w ogóle uniemożliwia zostanie rodzicem przez adopcję, m.in. ze względu na wiek. Część osób uważa, że tylko urodzenie własnego dziecka i jego wychowywanie jest jedyną szansą na spełnienie siebie w roli rodzica.

Zazwyczaj małżeństwa potrzebują pomocy psychologicznej w „wypracowaniu" rozwiązań, które uwzględnią potrzeby i obawy obojga partnerów. Zaakceptowanie bezdzietności wymaga weryfikacji dotychczasowych planów życiowych oraz czasu, by przeżyć żal po „straconym rodzicielstwie". Niemożność posiadania dziecka stanowi źródło frustracji wielu potrzeb. To nie tylko niezrealizowanie wymagań związanych z biologiczno-społeczną rolą kobiety i mężczyzny, lecz także utrata potencjalnego obiektu miłości, brak szans na przedłużenie własnego życia w egzystencji przyszłych pokoleń (Brachowicz, 2009). Ważne jest, aby małżonkowie otrzymali wsparcie, polegające na wzmocnieniu ich samooceny, oraz informacje dotyczące dalszej pomocy. Istotna jest też możliwość odreagowania emocji, takich jak rozpacz, złość, gniew, poczucie winy, żal, poczucie krzywdy, bez kierowania ich przeciwko sobie czy partnerowi. Wsparcie − zarówno informacyjne, jak i emocjonalne − sprzyja rozwijaniu korzystnych strategii radzenia sobie z problemem. Brak wsparcia zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się objawów depresyjnych u kobiet, które nie mogą mieć dzieci.

Badania wskazują na pozytywne efekty stosowania technik relaksacji i wizualizacji, które pomagają w obniżeniu poziomu stresu i lęku oraz korzystnie

wpływają na przebieg wielu procedur medycznych. Ponadto warto przeanalizować inne sposoby realizowania potrzeb rodzicielskich. Adopcja daje sposobność bycia rodzicem, chociaż wiele par nie bierze w ogóle tej opcji pod uwagę. Wynika to często z obaw związanych z potencjalnymi trudnościami, jakie mogą się pojawić w trakcie wychowywania dziecka adoptowanego. Gdy para deklaruje silną potrzebę bycia rodzicem biologicznym, adopcja nie jest wskazana (Novotny, 1991, za: Bidzan, 2010). W takich sytuacjach potrzebę „działania na rzecz innych” można realizować przez opiekę nad innymi osobami, np. starszymi rodzicami, innymi członkami rodziny, pielęgnując idee i plany społecznikowskie, opiekując się zwierzętami.

Trudności w opiece nad starzejącymi się rodzicami

Właśnie skończyłam 57 lat. Dopisuje mi zdrowie, dobrze dogaduję się z mężem. Oboje pracujemy. Wciąż szukam wyzwań na miarę własnych możliwości oraz realizuję swoje nowe pomysły. Jest mi teraz łatwiej, bo nauczyłam się patrzeć na życie z dystansem. Za to coraz częściej mam wrażenie, że bliscy mnie osaczają, że z każdej strony ktoś czegoś ode mnie oczekuje. Nasz syn właśnie się ożenił. Zaciągnęliśmy z mężem kredyt na wesele i na doposażenie mieszkania dla młodych. Te zobowiązania będziemy jeszcze spłacać przez kilka dobrych lat. Młodzi często bez uprzedzenia, a to wpadną na obiad, a to przenocują, a to pożyczą pieniądze. Nie protestuję, bo chcę pomóc młodym „stanąć na nogi”. Niedawno okazało się, że mój ojciec wymaga kosztownego, specjalistycznego leczenia. Właściwie nie poprosił o pomoc, ale przecież sama wiem, że pomóc trzeba. Dlatego wzięłam jeszcze jedną pożyczkę w pracy. Przez 3 lata moje zarobki będą znacznie niższe o te wszystkie raty, które spłacam niejako w imieniu swoich bliskich. Mam wrażenie, że znalazłam się w pułapce, jak plaster sera między dwiema kromkami chleba (Jolanta, 57 lat).

Pokolenie „kanapkowe” czy „przegubowe” – tak w języku polskim można oddać angielskie określenie *sandwich generation* (Miller, 1981). To pokolenie osób, które równocześnie zajmuje się dorosłymi dziećmi, wnukami oraz swoimi rodzicami wymagającymi opieki z racji wieku lub choroby, a najczęściej i z jednego, i z drugiego powodu. Określa się tę grupę jako **pokolenie pomiędzy**, ponieważ sprawuje opiekę nad dwiema generacjami – starszą i młodszą. Przedstawiciele *sandwich generation* ponoszą jednocześnie koszty związane z opieką nad sędziwymi rodzicami i finansowo pomagają swoim dzieciom, które rozpoczynają samodzielne dorosłe życie. Udzielają więcej pomocy, niż sami jej otrzymują.

Doświadczają obciążenia emocjonalnego z powodu kłopotów rodziców, którzy zwracają się o pomoc do swych dojrzałych dzieci, i problemów dorastających dzieci, które oczekują wsparcia i zrozumienia ze strony doświadczonych rodziców. Specyfika tego nowego zjawiska była jeszcze do niedawna zupełnie nieznana, ponieważ panowały inne trendy demograficzne; ludzie wcześniej umierali, a młodzi szybciej podejmowali życie wyłącznie na własny rachunek. Obecnie liczebność „pokolenia pomiędzy” wzrasta, dlatego też coraz większego znaczenia nabierają jego trudności związane z realizacją zadań na rzecz dwóch generacji.

Opieka nad rodzicem, u którego zdiagnozowano chorobę Alzheimera lub innego rodzaju otępienie, jest szczególnie obciążającym zadaniem. Dla osoby, która stara się pogodzić opiekę ze swoim życiem rodzinnym i zawodowym, jest to tym trudniejsza sytuacja. Sprawowanie długotrwałej opieki nad osobą chorą pociąga

za sobą negatywne konsekwencje, które w literaturze nazywa się **obciążeniem rolą opiekuna** (Bee, 2004). Opiekunowie osób z otępieniem częściej borykają się z objawami depresji, lęku, mniejszą odpornością na infekcje, nadciśnieniem tętniczym i innymi zaburzeniami somatycznymi. Zmniejszona odporność może utrzymywać się nawet do 4 lat po śmierci chorego.

Ryzyko depresji wzrasta wraz z czasem trwania opieki nad chorym. Stwierdzono istotną zależność między depresją opiekuna a stanem funkcjonalnym chorego. Im gorsza sprawność chorego, tym większa możliwość wystąpienia depresji u opiekuna. Opieka nad niedołężniejącym, potem już leżącym chorym wymaga siły i sprawności fizycznej. Sprzyja to zaostrzaniu się zespołów bólowych i występowaniu urazów kostno-stawowych u osoby sprawującej opiekę. Na polepszenie kondycji psychofizycznej opiekunów wpływają wsparcie małżonka i innych członków rodziny oraz profesjonalna pomoc. Najbardziej efektywnymi sposobami pomocy opiekunom są programy edukacyjne (dostarczające informacji na temat choroby, jej przebiegu i możliwości leczenia), interwencje polegające na ich czasowym odciążeniu oraz wsparcie psychologiczne koncentrujące się głównie na emocjach i odczuciach związanych z opieką nad chorym (Kłoszewska, 2007).

2.2. Kryzysy wieku średniego

Całe życie starałem się zdobyć to, co mam: rodzinę i przyjaciół, pozycję, mieszkanie, samochód

i bezpieczną przyszłość. Udało mi się. Odniosłem sukces. Ale zamiast radości odczuwam silny niepokój i niechęć. Skoro mam już to wszystko, o co teraz będę walczyć? I dlaczego nie jestem szczęśliwy? (Krzysztof, 44 lata)

Jestem mężatką od ponad 20 lat. Mam dwójkę udanych dzieci. Pozornie idealne życie: żadnych problemów finansowych i wszystko, czego potrzebuję. Ale czegoś jednak mi brakuje. Moje życie zaczęło mnie nużyć, doświadczam dręczącej pustki i dziwnej obojętności. Coś bym chciała zmienić, gdzieś uciec. Mam wrażenie, że życie, które dotąd prowadziłam, nie może dalej trwać, ale nie wiemy, jak żyć inaczej. Czegoś poszukuję, ale sama nie wiem czego (Adela, 45 lat).

Kryzys wieku średniego dotyczy ludzi, którym towarzyszy refleksja nad przemijalnością życia. Nazywany jest też kryzysem „przełomu życia" lub „połowy życia". Może nastąpić, gdy człowiek osiąga połowę oczekiwanego czasu życia. W tym okresie ludzie konfrontują się z faktem, że prawdopodobnie połowę życia mają za sobą, a czas, jaki mają na realizację tego, co chcą jeszcze osiągnąć, jest już ograniczony. Śmierć staje się zdarzeniem coraz bardziej realnym. Kryzys połowy życia przejawia się w obawie o przyszłość, nieumiejętności cieszenia się czasem wolnym, przekonaniu o pogarszającym się zdrowiu, negatywnej ocenie pożycia małżeńskiego oraz pracy, stresie związanym z koniecznością opieki nad starzejącymi się rodzicami (Shek, 1995, za: Oleś, 2000). Jest okresem przejściowym

w życiu człowieka, który może wystąpić z większą lub mniejszą intensywnością.

Efektem kryzysu może być przewartościowanie dotychczasowych priorytetów związanych z pracą zawodową, małżeństwem czy rodziną. W większym stopniu dotyczy osób wykształconych, inteligentnych i dojrzałych (Płużek, 1991). Dane dotyczące tego, jaki procent ludzi w średnim wieku doświadcza tego kryzysu, są niejednoznaczne. Niektórzy twierdzą, że nie jest to powszechne zjawisko (Bee, 2004).

Kryzys połowy życia można ujmować jako „proces intensywnych i subiektywnie trudnych przemian osobowości, które dotyczą koncepcji siebie, świata i wartości oraz zadań życiowych” (Oleś, 2000, s. 135). Zaleca się, by terminu „kryzys połowy życia” używać tylko w odniesieniu do zespołu zjawisk związanych z punktem zwrotnym, przełomowym, który wiąże się z radykalną zmianą punktu widzenia, sposobu spostrzegania samego siebie, świata i własnych relacji ze światem. Natomiast w odniesieniu do całokształtu procesów, które zachodzą w okolicy środka życia i przebiegają zarówno na zasadzie stopniowych zmian, jak i radykalnych przewartościowań, proponuje się używać terminu „przemiany połowy życia” (Oleś i Baranowska, 2003).

Człowiek w kryzysie wieku średniego ma często uczucie niespełnienia mimo zrealizowania wyznaczonych przez siebie celów. Zamiast zadowolenia pojawia się niepokój i wątpliwości. Człowiek zaczyna się zastanawiać nad tym, co jest prawdziwą wartością w perspektywie przemijania i śmierci. Towarzyszy temu poczucie

zagubienia, braku oparcia zapewnianego wcześniej przez stabilną wizję siebie i własnej przyszłości. Kryzys może wynikać z rozczarowania dotychczasowym kierunkiem życia. Doświadczający kryzysu nie czerpie satysfakcji z obecnego sposobu życia – z małżeństwa, z pracy. W okolicach 40. r.ż. człowiek konfrontuje się z postępującymi objawami starzenia. Uświadamia sobie, że jego siła witalna i młodość przechodzą do przeszłości. Może to wywoływać poczucie straty, lęk lub skłaniać do depresji, zwłaszcza wtedy, gdy marzenia i cele życiowe nie zostały zrealizowane. Lęk przed starością, chorobą i śmiercią należą do głównych problemów dotykających człowieka w wieku średnim (Bytheway i Johnson, 1996, za: Kałużna-Wielobób, 2010).

Uświadomienie sobie konieczności własnej śmierci może przyczynić się do wystąpienia kryzysu wieku średniego. Pojawiają się wówczas egzystencjalne pytania o istotę życia i śmierci. Człowiek, który żył w przeświadczeniu, że jego życie zależy w dużym stopniu od niego samego, staje wobec takich kwestii, jak konieczność śmierci czy niemożność uniknięcia starości i cierpienia. Doświadczenie to może zdecydowanie zmienić hierarchię jego wartości oraz stanowić ważny punkt zwrotny w jego życiu. Człowiek zaczyna poszukiwać i koncentrować się na tym, co pozostaje wartością nawet w perspektywie śmierci.

Nierzadko przeżycie kryzysu wieku średniego prowadzi do zmiany dotychczasowego kierunku życia. Osoba w wieku średnim zdobywa większą świadomość siebie i swoich potrzeb, lepiej zdaje sobie sprawę z tego, co chce

dalej robić w życiu, a także realizacji jakiej wartości chce się poświęcić. Jednakże możliwości wyboru w tym wieku są ograniczone z uwagi na podjęte zobowiązania rodzinne, zawodowe oraz zdobyte we wcześniejszych latach wykształcenie. W tym okresie często dokonuje się zmiana zainteresowań i form aktywności, którym człowiek się poświęca. Kryzys wieku średniego może zakończyć się odnowieniem struktury życiowej i uzyskaniem ponownej stabilizacji, związanej z nowymi planami i celami. Może również prowadzić do zmiany w sposobie postrzegania siebie, sensu swojego życia, wartości czy relacji z innymi (por. Oleś, 2012; Kałużna-Wielobób, 2010).

Kryzys może też stanowić zagrożenie dla tożsamości osobistej i zdrowia psychicznego. Niektórzy badacze sugerują (Tamir, 1982, za: Oleś, 2012), że uzależnienia, zaburzenia nerwicowe i depresyjne, zachowania autodestrukcyjne lub rozwody należy traktować jako negatywne konsekwencje kryzysu wieku średniego.

2.3. Specyficzne trudności kobiet w wieku średnim

Nie dość, że tak ciężko pogodzić się z upływem lat, ze zmianami w wyglądzie, to jeszcze te okropne dolegliwości. Uderzenia gorąca i poty jakoś znoszę. Najgorsze są zmiany nastroju, nerwowość i lęk, które pojawiają się, nie wiadomo dlaczego. W pracy nie mogę się skoncentrować, często boli mnie głowa i swędzi skóra. Jestem wciąż zmęczona, to pewnie dlatego, że ostatnio mam problemy ze snem. Nic mi

się nie chce robić. Wciąż chce mi się płakać. Brakuje mi chęci do życia i pracy (Elżbieta, 50 lat).

Przeprowadzone oszacowania wskazują na wyraźną tendencję do zwiększania się liczby kobiet w wieku 50 lat i więcej na całym świecie. Skutkiem wydłużenia się średniej długości życia kobiet jest fakt, że coraz więcej z nich doświadcza okresu menopauzalnego. Dane demograficzne wskazują, że obecnie każdego roku ok. 25 mln kobiet na świecie przechodzi menopauzę. W języku medycznym **menopauza** oznacza ostatnią miesiączkę, po której w ciągu następnych 12 miesięcy nie pojawiło się krwawienie miesiączkowe. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 1996) definiuje okres okołomenopauzalny jako obejmujący 2–8 lat poprzedzających ostatnią miesiączkę i rok po jej ustąpieniu. Średni wiek menopauzy w Polsce wynosi 50 lat, najczęściej występuje ona między 45. a 55. r.ż. (Lew-Starowicz i Szymańska, 2010).

W życiu każdej kobiety menopauza jest naturalnym procesem fizjologicznym, podczas którego ustają jej zdolności reprodukcyjne. W tym czasie jajniki przestają działać, obniżeniu ulega produkcja hormonów steroidowych i peptydowych. Dochodzi do fizjologicznych zmian w ciele, które są wynikiem zaprzestania pracy jajników, ale także procesu starzenia się organizmu. U części kobiet objawy są łagodne, ale często bywają nieprzyjemne i mogą być przyczyną wyłączenia kobiety z codziennego funkcjonowania. Zmiany psychiczne i fizyczne towarzyszące temu procesowi mogą pojawić się dużo wcześniej i trwać jeszcze długo po menopauzie (WHO, 1996).

Objawy wazomotoryczne, somatyczne i psychiczne, które towarzyszą kobietom w okresie okołomenopauzalnym, mogą przyczyniać się do pogorszenia jakości życia i powstawania problemów psychicznych. Objawy wazomotoryczne to m.in. uderzenia gorąca, zaburzenia snu i pocenie się. Do objawów somatycznych należą np. bóle mięśni i stawów, zawroty i bóle głowy, drętwienie różnych partii ciała, trudności z oddychaniem, zakłócenia czucia w dłoniach i stopach. Objawy psychologiczne to labilność emocjonalna, obniżony nastrój, poczucie zmęczenia i braku energii, bezsenności, nerwowości, trudności z koncentracją, podwyższony poziom lęku (Bielawska-Batorowicz, 2005). Kobiety, które doświadczają częstych objawów somatycznych i psychologicznych, mają mniejszą satysfakcję z życia (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012).

Wejście w wiek menopauzalny zazwyczaj wymusza zmianę stylu życia i jego struktury. Często pojawia się lęk związany z utratą ważnych dla niektórych kobiet wartości, na których opierały swoją dotychczasową samoocenę, takich jak fizyczna i seksualna atrakcyjność, opieka nad dziećmi czy praca zawodowa. Kobietom trudniej poradzić sobie z objawami starzenia niż mężczyznom (Sęk, 1990). Nierzadko z powodu typowych objawów, np. uderzeń gorąca, napadów pocenia się i czerwienienia, dobrze funkcjonujące do tej pory kobiety zaczynają unikać sytuacji związanych z ekspozycją społeczną, co może skutkować zaprzestaniem kontaktów towarzyskich, załamaniem kariery zawodowej, zaprzestaniem wychodzenia z domu (Krogulski i Lipińska-Szałek, 2004). To może być czynnik

spustowy wystąpienia napadów paniki, lęku uogólnionego lub znacznego obniżenia nastroju (Sobieszczańska, Połać i Stetkiewicz, 2009).

Przez wiele lat twierdzono, że istnieje ścisły związek między menopauzą a depresją. Jednakże w wielu badaniach wykazano, że przyczyny depresji są o wiele bardziej złożone i nie można ich łączyć jedynie z biologicznymi procesami leżącymi u podstaw klimakterium (por. Bee, 2004; Olejnik, 2005). **Depresja okresu przekwitania** może być również trudna do zdiagnozowania, m.in. z powodu lekceważenia jej objawów zarówno przez kobietę, jak i lekarza. Poza tym część wczesnych objawów niedoboru estrogenów przypomina objawy depresji, a są to np.:

- bezsenność,
- zmiany nastroju,
- niepokój,
- nadmierna drażliwość,
- utrata koncentracji,
- zaburzenia pamięci i
- utrata libido.

To sprawia, że depresje − szczególnie o lekkim i umiarkowanym nasileniu − pozostają nierozpoznane. Zaburzenia depresyjne występują częściej u kobiet z obciążonym wywiadem rodzinnym w kierunku występowania zaburzeń afektywnych lub psychicznych, z wcześniejszymi zaburzeniami nastroju, narażonych na stres, problemy zdrowotne i/lub rodzinne,

z doświadczeniem wczesnodziecięcej traumy. Wśród czynników sprzyjających pojawieniu się zespołów depresyjnych w okresie przejścia menopauzalnego wymienia się śmierć bliskich osób, wdowieństwo, rozwód (Sobieszczańska, Połać i Stetkiewicz, 2009).

Okresowi przejścia okołomenopauzalnego często towarzyszą objawy związane z zaburzeniem aktywności seksualnej kobiet. Znaczący wpływ na obniżenie aktywności seksualnej mają zmiany stężeń hormonów: estrogenów, androgenów i progesteronu. Około 40% kobiet w wieku menopauzalnym zgłasza problemy w sferze życia intymnego. Najczęstsze zaburzenia seksualne obejmują zmniejszenie popędu płciowego, awersję do współżycia, brak pobudzenia, ból w trakcie stosunku (Marks i Lambert, 1998).

Nasilenie, czas wystąpienia i różnorodność objawów w okresie okołomenopauzalnym zależą m.in. od: zmiennych demograficznych, sytuacji ekonomicznej, uwarunkowań kulturowych i etnicznych, stylu życia kobiet oraz predyspozycji genetycznych (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012). Jeśli kobiety traktują menopauzę jako „normalną fizjologiczną zmianę”, to lepiej sobie z nią radzą oraz dostrzegają więcej jej pozytywnych aspektów, zwłaszcza wtedy, gdy mają ten etap już za sobą (Bielawska-Batorowicz, 2004). Jako pozytywne elementy okresu menopauzalnego kobiety wymieniają poczucie ulgi z powodu ustąpienia menstruacji i konieczności stosowania antykoncepcji (Hvas, 2001).

Ćwiczenia fizyczne mają korzystny wpływ na zmiany zachodzące w organizmie kobiety po menopauzie. Dzięki

nim ulega obniżeniu ciśnienie tętnicze oraz wskaźnik masy ciała. Ponadto aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia m.in. zespołu metabolicznego czy zachorowania na nowotwór piersi i endometrium. Jakość życia obniżona przez zaburzenia powodowane menopauzą i procesami starzenia się organizmu zwiększa się u osób aktywnych fizycznie (Piotrowska i Majchrzycki, 2013).

Obecnie niekorzystne i wywołujące dyskomfort objawy menopauzy można zniwelować, stosując hormonalną terapię zastępczą oraz zmieniając styl życia.

2.4. Specyficzne trudności mężczyzn w wieku średnim

> *Z niepokojem obserwuję u siebie spadek libido. To mnie zaskakuje i przeraża! Nigdy wcześniej tego nie doświadczałem. Może z tego powodu popadam w apatię. Jestem drażliwy i wybuchowy. Wybudzam się w środku nocy i nie mogę spać. Potem jestem zmęczony i niewyspany. Przy niewielkim nawet wysiłku fizycznym zlewam się cały potem. Czuję się tak, jakby mnie opuszczały moje siły życiowe. Żona się złości i mówi, że ma mnie dosyć. Nie rozumiem, co się ze mną dzieje* (Paweł, 56 lat).

Mężczyźni również doświadczają specyficznego procesu biologicznego, jakim jest **klimakterium męskie**, które rozpoczyna się zazwyczaj po 50. r.ż. Zaburzenia związane z niedoborem androgenów u starszych mężczyzn były znane od dawna i stosowano do ich zdefiniowania

wiele różnych określeń. W 1939 r. zaburzenia występujące u mężczyzn nazwano „męskim klimakterium”.

Na początku lat 90. XX w. wprowadzono pojęcie andropauzy, które miało być odpowiednikiem menopauzy występującej u kobiet. Termin ten jest dość powszechnie używany, choć w zasadzie nie jest prawidłowy. U mężczyzn, w odróżnieniu od kobiet, nie dochodzi do nagłego i całkowitego zatrzymania zdolności rozrodczych, zostają one jedynie obniżone. Andropauzę definiuje się jako zespół objawów psychofizycznych i biochemicznych, pojawiający się w procesie starzenia się i uwarunkowany spadkiem poziomu różnych hormonów, ale głównie androgenów, co powoduje znaczne pogorszenie jakości życia i niekorzystne, wielonarządowe zmiany organiczne. Z męskim klimakterium łączą się charakterystyczne symptomy i dolegliwości.

Można wyróżnić trzy grupy symptomów andropauzalnych:

- zespół objawów somatowegetatywnych,
- zespół objawów dotyczących sfery psychicznej i
- zespół objawów związanych ze sferą seksualną (Vermeulen, 2000).

1. Na **zespół objawów somatowegetatywnych** składają się bóle stawów i mięśni, pocenie się, uderzenia gorąca, zlewne poty, kłopoty z zasypianiem, budzenie się przedwczesne lub w środku nocy, zwiększona potrzeba snu w ciągu dnia, długotrwałe poczucie zmęczenia i senności, pogorszenie ogólnego samopoczucia, zmniejszenie siły

i masy mięśniowej, redukcja masy kostnej, wzrost ilości tkanki tłuszczowej wisceralnej, zawroty i bóle głowy.

2. Do **objawów dotyczących sfery psychicznej** zalicza się nerwowość, nadmierne napięcie wewnętrzne, niemożność pełnego zrelaksowania się, niepokój, lęk lub napady paniki, drażliwość, zniechęcenie, smutek, częstą zmienność nastroju, poczucie bezsensu życia i wyczerpania energii życiowej, pogorszenie pamięci i zdolności do koncentracji.

3. Do **objawów związanych ze sferą seksualną** zalicza się m.in. spadek potencji, zmniejszenie częstości porannych erekcji, obniżenie libido oraz aktywności seksualnej.

4. Najczęstsze dolegliwości **andropauzy** to: zaburzenia erekcji, ogólne osłabienie i zaburzenia pamięci (Tan, 2001, za: Mędraś, 2002).

Problemy z erekcją mogą przyczyniać się do wystąpienia depresji, zmniejszenia poczucia własnej wartości, nieudanych prób współżycia, co w konsekwencji prowadzi do negatywnych reakcji ze strony partnerki. W końcu mogą prowadzić do całkowitej rezygnacji z życia seksualnego i w efekcie do pogłębiania się problemów w związku partnerskim. Ponadto u mężczyzn w okresie andropauzy można często zaobserwować objawy subdepresji, a także pojawienie się zazdrości, podejrzliwości, wybuchowości, trudności w podejmowaniu decyzji, objawów hipochondrycznych albo nadmiernej aktywności zawodowej.

O ile zmiany organiczne, np. utrata masy i siły mięśniowej, występują z wiekiem u wszystkich mężczyzn,

o tyle zespół dolegliwości andropauzalnych pojawia się tylko u części mężczyzn. Przyjmuje się, iż występuje on u ok. 10–20% mężczyzn w wieku ok. 60 lat, lecz obserwuje się osoby znacznie młodsze, w wieku 45–50 lat, u których występują jego symptomy – głównie psychiczne (Mędraś, 2002). Gdy objawy andropauzy są dotkliwe, można przemyśleć zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej. Nie jest to jednak terapia dla wszystkich. Mężczyźni rozważający ten rodzaj kuracji powinni skontaktować się z lekarzem, który zadecyduje, czy w konkretnym przypadku jest ona wskazana.

2.5. Trudności w pracy zawodowej

Transformacje polityczne i społeczno-gospodarcze ostatnich kilkudziesięciu lat spowodowały istotne zmiany sytuacji na polskim rynku pracy. Przeciążenie pracą, wypalenie zawodowe oraz bezrobocie to coraz częściej zgłaszane problemy przez osoby w wieku średnim. Zagrożenie utratą pracy również stanowi poważne źródło stresu. Pracownicy, zwłaszcza ci po 50. r.ż., często obawiają się, że stracą pracę z powodu obniżającej się sprawności intelektualnej, gorszej pamięci i osłabionej zdolności skupiania uwagi w porównaniu z ich młodszymi współpracownikami. Równocześnie mają świadomość, że w sytuacji utraty pracy mogą mieć małe szanse na znalezienie nowego zatrudnienia. Chcąc utrzymać pracę, podejmują się licznych zadań i zobowiązań, które często przekraczają ich możliwości psychofizyczne. Prowadzi to do **przeciążenia pracą**, wyczerpania emocjonalnego, a następnie do wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe

Moja praca to prawdziwa udręka. Już w poniedziałek myślę o tym, jak przeżyć do piątku. Nawet w weekend nie potrafię cieszyć się wolnym czasem. Martwię się, że za 2 dni koszmar zacznie się od początku. Wciąż chowam się za komputer i udaję, że robię coś ważnego. Moja efektywność jest zerowa. Chciałbym zmienić posadę, ale boję się, że nie znajdę innej. Z drugiej strony sama myśl, że mogę stracić pracę, mnie paraliżuje (Adam, 60 lat).

Wypalenie zawodowe jest definiowane jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi” (Maslach, 2000, s. 15). Te trzy komponenty stanowią o pojawieniu się wypalenia zawodowego i odróżniają je od innych stanów psychologicznych, takich jak zmęczenie. Wyczerpanie emocjonalne opisywane jest często jako utrata energii, osłabienie czy znużenie. Może objawiać się chronicznym zmęczeniem, bólami głowy, bezsennością, zaburzeniami gastrycznymi, częstymi przeziębieniami.

Depersonalizacja ujawnia się w postaci przedmiotowego reagowania na innych ludzi. Najczęściej przejawia się w przyjmowaniu postawy obojętnej i cynicznej. Obniżone poczucie dokonań osobistych oznacza spadek poczucia własnych kompetencji, niezadowolenie z osiągnięć w pracy, stopniową utratę zdolności do rozwiązywania pojawiających się problemów zawodowych. Wypalenie jest jedną z wielu możliwych reakcji organizmu na chroniczny stres związany z pracą. Szczególnie ważnym czynnikiem w rozwoju wypalenia jest nabranie przekonania o braku możliwości poradzenia sobie z trudnościami,

obciążeniami, które niesie praca zawodowa (Sęk, 2000b). Wypaleniu zawodowemu sprzyjają takie cechy pracownika, jak: niska samoocena, niepewność, defensywność, zależność, bierność, poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne przekonania o roli zawodowej, niskie poczucie skuteczności zaradczej (Terelak, 2001), wysoka reaktywność i silna motywacja do pracy (Golińska i Świętochowski, 1998).

Wypalenie zawodowe stanowi jeden z ważniejszych problemów indywidualnych i społecznych, związanych z zawodowym funkcjonowaniem człowieka. Konsekwencje wypalenia dotykają nie tylko osób, które temu wypaleniu uległy, lecz także ich klientów, współpracowników, członków rodzin, odczuwane są również na poziomie instytucji (Bilska, 2004). Skutki wypalenia zawodowego to m.in.: niska efektywność pracy, nieskuteczność w rozwiązywaniu i wykonywaniu powierzonych zadań, wycofanie z pełnionej roli zawodowej, liczne dolegliwości somatyczne, zwiększona absencja (Fengler, 2000). Długotrwałe poczucie braku sensu oraz satysfakcji z wykonywanych obowiązków zawodowych mogą skutkować pojawieniem się depresji oraz myśli samobójczych.

Wydaje się, że pracownik może uniknąć wypalenia, gdy systematycznie będą wzmacniane jego zasoby podmiotowe i środowiskowe. Z wielu badań wynika, że m.in. poczucie własnej zawodowej skuteczności w osiąganiu ważnych celów zawodowych, wsparcie społeczne, posiadanie pozazawodowych zainteresowań mogą skutecznie chronić przed wypaleniem (Sęk, 2000a).

Utrata pracy

Nie mam pracy. Zwolnili mnie po 25 latach pracy w szkole. I to w jakim stylu! Do tej pory nagrody, premie i gratulacje, a potem, z dnia na dzień, na bruk! Jak psa! Nowa dyrektorka nawet do mnie nie przyszła, pismo przyniosła pani Ela, sekretarka. I co ja mam teraz zrobić? Mam kredyt do spłacenia i dwoje dzieci na studiach. Od 2 tygodni nie śpię i rozpaczam (Maria, 54 lata).

Osoby w wieku średnim często traktują **utratę pracy** jako życiową klęskę i upokorzenie. Niepewność przyszłości i niemożność realizowania swoich ważnych potrzeb, trudności finansowe, brak wsparcia społecznego są czynnikami pogarszającymi ich stan psychiczny. Najczęstsze konsekwencje bezrobocia to izolacja społeczna, utrata zorganizowanego czasu, problemy finansowe, obniżone poczucie własnej wartości. U osób, które utraciły pracę, obserwuje się podwyższony poziom lęku i depresji, wyższy współczynnik zachorowań oraz niższy poziom zadowolenia z życia (Rostowska, 2008). Jeśli praca w dużej mierze wyznaczała poczucie własnej wartości oraz zaspokajała potrzebę znaczenia i uznania społecznego, to bezrobocie okazuje się szczególnie trudne. Reakcje na taką sytuację zależą m.in. od stanu rodzinnego i stopnia zaangażowania w pracę zawodową.

Utrata pracy jest znacznym obciążeniem emocjonalnym dla osób samotnych i dla tych, którzy są jedynymi żywicielami rodziny. Bezrobocie jednego partnera zazwyczaj pociąga za sobą negatywne reakcje współmałżonka. To sprawia, że osoby bez pracy nie otrzymują wystarczającego wsparcia ze strony swoich partnerów, co często prowadzi do konfliktów i osłabia

związek małżeński. Kobiety w sytuacji bezrobocia częściej niż mężczyźni opiekują się pozostałymi członkami rodziny i pomagają innym, ale zazwyczaj nie podnosi to ich samooceny. Długotrwałe bezrobocie stanowi istotny czynnik ryzyka samobójstw, zwłaszcza wśród mężczyzn w okresie środkowej dorosłości (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008).

3. Wybrane metody pomocy osobom w okresie średniej dorosłości

Wiek średni to czas największych możliwości, ale też najpoważniejszego ryzyka, iż nie będą one właściwie wykorzystane (Oleś, 2012). Człowiek jest zmuszony dostosowywać się do zmian dokonujących się zarówno w nim samym, jak i wokół niego. Wielość zadań, obciążeń rodzinnych, społecznych i zawodowych oraz przemian związanych z utratą młodości może przyczynić się do zachwiania równowagi emocjonalnej i zdolności samodzielnego radzenia sobie z trudnościami.

Poradnictwo psychologiczne może odgrywać ważną rolę w działaniach prewencyjnych na rzecz zdrowia osób w wieku średnim, przy jednoczesnym zarezerwowaniu psychoterapii dla osób chorych psychicznie. Poradnictwo psychologiczne w okresie średniej dorosłości powinno pomagać w powrocie do równowagi emocjonalnej, przywróceniu zdolności do samorozwoju oraz wypracowywaniu nowych standardów tożsamości,

uwzględniających zmiany psychofizyczne w biegu życia, zmiany pełnionych ról oraz oczekiwań społecznych. Ponadto poradnictwo umożliwia rozwój bardziej skutecznych metod rozwiązywania problemów oraz wzmacnia gotowość do podejmowania nowych wyzwań. Stwarza szansę na zmianę dotychczasowego życia, jeśli nie dawało ono wystarczającego zadowolenia.

Ważnymi elementami oddziaływań psychologicznych w poradnictwie są:

- psychoedukacja,
- wzmocnienie poczucia własnej wartości i samooceny,
- odreagowanie negatywnych emocji,
- wspieranie konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Warto podkreślić, że poradnictwo psychologiczne adresowane jest do osób zdrowych psychicznie. W wypadku poważniejszych problemów może być jedynie działaniem poprzedzającym oddziaływanie psychoterapeutyczne. Z tego powodu należy wnikliwie ocenić, czy stan dyskomfortu psychicznego klienta łączy się z aktualną trudną sytuacją, czy też objawy mogą wynikać z określonych zaburzeń właściwości osobowościowych.

3.1. Praca nad konstruktywnym wyrażaniem emocji

Człowiek doświadczający kryzysu rozwojowego może doświadczać silnych uczuć, takich jak lęk, smutek, wstyd, gniew, poczucie winy, smutku, wstydu, poczucie bezradności i bezsilności. Uczucia te pojawiają się

adekwatnie do okoliczności i wiążą się m.in. ze zmianami w organizmie, stratą, chorobą, starością. Pojawiają się pytania i wątpliwości, czy starczy czasu na wychowanie dzieci, zrealizowanie swoich celów i marzeń, czy życie ma sens, skoro nic nie udało się jeszcze osiągnąć?

Silne emocje, które łączą się z aktualnymi trudnościami w realizowaniu zadań rozwojowych, mogą przeszkadzać w jasnym formułowaniu myśli, poszukaniu rozwiązań i skutecznym działaniu. Świadomość przeżywanych uczuć pozwala lepiej organizować działania oraz pozytywnie wpływa na zdrowie. Brak takiej świadomości prowadzi do dezorganizacji, błędnych zachowań i w konsekwencji do choroby (Czabała, 2013).

Oznaki ograniczonego wyrażania emocji lub nieadekwatnego reagowania są istotnym wskaźnikiem poziomu nasilenia kryzysu. Przede wszystkim warto rozważyć, czy reakcje emocjonalne klienta na sytuację trudną można uznać za adekwatne do okoliczności, przeanalizować, czy w podobnych warunkach inni mają skłonność do reagowania w podobny sposób (Kluczyńska, 2011).

Na emocjach klienta koncentrujemy się zwłaszcza wtedy, gdy trudność sprawiają mu rozpoznawanie i wyrażanie uczuć, gdy doświadcza skrajnie silnych emocji i/lub gdy odnosi wrażenie, że przestaje je kontrolować. Zwracamy uwagę na bieżące odczucia i analizujemy znaczenia doświadczanych emocji dla niego samego i jego otoczenia.

Warto stworzyć bezpieczną przestrzeń, tak aby klient mógł wyrażać swoje nieprzyjemne, czasami ambiwalentne

uczucia. Umożliwi mu to **rozładowanie napięcia emocjonalnego** oraz przyniesie ulgę i odprężenie. Jeśli chcemy zachęcić do rozmowy o uczuciach, możemy użyć następujących pytań: „Czy możesz mi pomóc zrozumieć, jak się wtedy czułeś/czułaś?”, „Jak się czujesz teraz, kiedy mi o tym opowiadasz?”, „Nie mam pewności, czy dobrze rozumiem, jakie są twoje uczucia wobec tej sytuacji?”. Ważne jest, by klient mógł rozpoznać i zrozumieć swoje uczucia oraz nauczył się je akceptować, nie wyrządzając przy tym krzywdy sobie i innym. Uznanie ważności swoich uczuć zwiększa akceptację własnych potrzeb i pragnień oraz mobilizuje do podejmowania działań zmierzających do ich realizacji.

Ponadto w trakcie spotkań staramy się stworzyć warunki do tego, żeby klient otworzył się również na doświadczanie pozytywnych emocji. Możemy podjąć takie tematy, jak zainteresowania czy miłe wspomnienia, które wzbudzą pozytywne emocje klienta. Dodatkowo, zachęcamy do podejmowania planowanej aktywności, która umożliwi dalsze doświadczanie przyjemnych sytuacji i odczuć.

3.2. Psychoedukacja

Pomoc w kryzysach rozwojowych wymaga **działań psychoedukacyjnych** nakierowanych na spostrzeganie problemu jako normatywnego (Szczukiewicz, 2005). Brak wiedzy, mgliste wyobrażenia o zadaniach i roli człowieka w wieku średnim mogą budzić obawy i lęk. Psychoedukacja ma na celu przekazywanie wiedzy na temat zmian i wyzwań

rozwojowych, które są typowe dla osób w wieku średnim. Dzięki zdobytej wiedzy na temat typowych trudności tego okresu możliwe jest zmniejszenie poczucia lęku i odzyskanie większej kontroli nad sobą i swoim życiem. Osoby doznają ulgi, gdy dowiadują się, że doświadczają typowych trudności dla wielu ludzi w ich wieku. Zdobyta wiedza ułatwia zdefiniowanie problemu oraz zrozumienie jego wpływu na ich funkcjonowanie, pozwala też znaleźć odpowiednie rozwiązania.

3.3. Praca nad rozpoznawaniem niekorzystnego sposobu myślenia

Błędne przekonania oparte na braku wiedzy o naturalnych zmianach w organizmie czy rodzinie mogą utrudniać radzenie sobie z sytuacją problemową. Oceniając stan funkcjonowania poznawczego klienta, należy odpowiedzieć sobie na kilka zasadniczych pytań: „Na ile realistyczne i spójne jest myślenie klienta o sobie i swojej sytuacji?”, „Na ile jego sposób myślenia pogłębia przeżywanie trudności?”, „Jak długo trwają objawy kryzysowo zmienionego myślenia?”, „Na ile klient wydaje się otwarty w myśleniu i gotowy do zrewidowania swoich poglądów na problemową sytuację?”.

Warto pomóc klientowi zidentyfikować jego nieprawidłowe interpretacje dotyczące jego osoby oraz wypracować bardziej przystosowawczy sposób myślenia. **Rozpoznanie i weryfikacja niekorzystnego sposobu myślenia** mogą nastąpić za pomocą poznawczych technik werbalnych. Używając dialogu sokratejskiego, można

pomóc klientowi w odkryciu istotnych dla niego przekonań i błędów w myśleniu. Przeanalizowanie dowodów wspierających i podważających aktualny sposób myślenia ułatwia zakwestionowanie dysfunkcjonalnego myślenia oraz osłabia wiarę w negatywne przekonania. Pozwoli to klientowi na sformułowanie bardziej racjonalnych wniosków o sobie i swoim życiu (por. Beck, 2005; Popiel i Pragłowska, 2008).

3.4. Wzmacnianie samooceny

Osoby w wieku średnim mogą kwestionować własną wartość z powodu złej oceny swojego dotychczasowego życia czy pojawiających się objawów starzenia. Poczucie niskiej wartości wyraża się najczęściej w takich stwierdzeniach, jak: „nic nie udało mi się osiągnąć”, „nie mam powodów do dumy”, „moje ciało jest stare i brzydkie”, „nie wykorzystałem swojego czasu”, „jestem do niczego”, „zawiodłem siebie i innych”, „nic dobrego po sobie nie zostawię” itp. Taki sposób myślenia sprawia, że ludzie podejmują działania poniżej swoich możliwości oraz unikają wyzwań. W relacjach mogą przejawiać chęć nadmiernego zadowalania innych, a także nie podejmować działań na rzecz troski o siebie. Mogą uznać, że ich potrzeby nie są wystarczająco ważne, by je realizować.

W takich sytuacjach celem pracy psychologicznej będzie wypracowanie bardziej zrównoważonego obrazu siebie. **Wzmocnienie samooceny** klienta można uzyskać przez analizę jego mocnych stron oraz sukcesów, które udało mu się odnieść w jego życiu. Aby pomóc

w rozpoznaniu osobistych zasobów, można zastosować następujące pytania: „Co w sobie lubisz i cenisz?”, „Jakie są twoje mocne strony?”, „Jakie masz umiejętności?”, „Jakie masz talenty?”, „Co inni ludzie w tobie cenią i szanują?”, „Jakich złych cech nie posiadasz?”, „Co udało ci się osiągnąć?”, „Jakim trudnościom stawiłeś/stawiłaś czoła?”, „Jakich pozytywnych cech nie doceniasz w sobie, na które inni zwracają uwagę?”.

Ważne jest, aby na podstawie odpowiedzi osoba sporządziła „listę swoich pozytywnych cech i sukcesów”. Lista powinna być stopniowo uzupełniana o nowe zasoby i często analizowana. Ludzie, którzy borykają się z trudnościami, są skłonni do niezauważania lub minimalizowania swoich dokonań i osiągnięć. W takich sytuacjach można zaproponować prowadzenie „notesu pozytywów”, w którym będą zapisywać codzienne sukcesy niezależnie od ich wielkości. Należy zapisać, co konkretnie się zrobiło i o jakim indywidualnym zasobie to świadczy, np.: „dzisiaj spędziłam 5 godzin, kończąc ważny projekt – to znaczy, że jestem konsekwentna, pracowita, zaangażowana”, „spędziłem miłe popołudnie z wnuczką, dawno się tak nie śmiałem – to znaczy, że mam poczucie humoru, jestem pomysłowy i zabawny”.

Taki „notes pozytywów” może stać się łatwo dostępnym magazynem dobrych, przyjemnych wspomnień budujących pewność siebie. Można do niego sięgać w sytuacjach trudnych, gdy kwestionowane jest poczucie własnej wartości (Fennell, 2008). Wszystkie sposoby poprawiania samooceny mają na celu zbudowanie akceptacji siebie i zaufania do siebie. Ważne jest, aby klient uznał siebie za

człowieka wartościowego, godnego szacunku, który ma szansę na tworzenie pozytywnej przyszłości mimo pojawiających się zmian psychofizycznych i ról pełnionych w swoim życiu.

Zastosowanie omówionych technik poznawczych służy wypracowaniu bardziej zróżnicowanego sposobu spostrzegania czynników utrudniających rozwiązanie aktualnych problemów rozwojowych oraz czynników związanych z nieadekwatną, ale nie patologiczną samooceną.

3.5. Szukanie nowych rozwiązań i możliwości

Większość ludzi poszukuje pomocy, gdy ich dotychczasowe sposoby radzenia sobie z problemami nie są skuteczne. W sytuacji, w której mamy pomóc osobie znaleźć nowe możliwości, warto pozostawić jej odpowiedni czas na samodzielne znalezienie rozwiązania. Pomocne w tym zadaniu mogą okazać się następujące pytania: „Co powinno się stać, żebyś poczuł/poczuła się lepiej?”, „Jakie rozważasz rozwiązania?”, „Co mogłoby spowodować rozwiązanie twojego problemu?”, „Z jakimi problemami udało ci się wcześniej poradzić?”, „Jakie działania pomagały ci rozwiązać wcześniejsze problemy?”, „Co mógłbyś/mogłabyś zrobić teraz, aby choć trochę poprawić swoją sytuację?”, „Czy są jakieś osoby – może jedna, dwie – z którymi mógłbyś/mogłabyś się skontaktować i byłyby pomocne w twojej sytuacji?”, „Jak sobie radziłeś/radziłaś z problemami w przeszłości?”, „Jak możesz wykorzystać to, co lubisz, żeby rozwiązać problem?”.

Takie pytania pozwalają dostrzec dawne rozwiązania i **wypracować nowe sposoby radzenia sobie z problemami**, zwracają też uwagę na zasoby klienta. Zachęcamy go, aby rozważał różne możliwości oraz konsekwencje danego rozwiązania. Pomocne w tym zadaniu mogą się okazać następujące rozważania: „Wyobraź sobie, że zadecydowałeś/zadecydowałaś, że nie podejmiesz się opieki nad wnukiem. Jak byś się czuł/czuła, gdybyś dokonał/dokonała takiego wyboru? Jakie byłyby korzyści takiej decyzji i jakie mogłyby się pojawić straty? Co mógłbyś/mogłabyś zyskać? Co mógłbyś/mogłabyś stracić?”. Ostatnie pytanie z listy jest szczególnie ważne, ponieważ obawa przed stratą powstrzymuje ludzi przed dokonaniem wyboru. Decyzja może być łatwiejsza, jeśli osoba odrzuci możliwości, do których nie jest przekonana. Zdarza się, że osoba nie może znaleźć rozwiązania albo nie jest w stanie podjąć decyzji. Rozwiązanie w tym momencie jest po prostu dla niej nieosiągalne i nie jest to niczym niewłaściwym. Uświadomienie sobie tego faktu może sprawić, że presja, pod jaką się znajduje, osłabnie, a to z kolei może przyczynić się do poprawy samopoczucia i stanowić zalążek zmiany.

Możemy też spróbować rozszerzyć perspektywę widzenia potencjalnych możliwości, prosząc, by przypomniała sobie swoich znajomych, którzy doświadczali podobnych problemów, np. odejścia dzieci z domu, choroby partnera, utraty pracy, i dobrze poradzili sobie z tą sytuacją. Prosimy, by klient przeanalizował ich sposoby radzenia sobie z problemami oraz zastanowił się, na czym

polegał sekret ich sukcesów i czego mógłby się od nich nauczyć (por. Leahy, 2008).

W okresie średniej dorosłości straty i konflikty są nieodzowną częścią życia. Mimo że ze stratą związane jest zazwyczaj cierpienie, to można traktować ją jako wyzwanie i szansę na rozwój. Jeśli osoba ma trudność w poradzeniu sobie z odejściem dziecka z domu, to należy zachęcać ją, aby skupiała się na nowych możliwościach, które wynikają z tej sytuacji. To, co się wydarzyło, może być przecież okazją do odnowienia kontaktów z dawnymi znajomymi, może być korzystne dla jej rozwoju zawodowego i osobistego. Można powiedzieć: „W tym momencie jest pan/pani zagubiony/-a w tej nowej sytuacji. Odczuwa smutek, żal i tęsknotę. Spróbujmy jednak spojrzeć na tę sytuację z punktu widzenia nowych szans, które otwierają się przed panem/panią. Co dobrego dla pana/pani może wyniknąć z tej sytuacji?” (por. Leahy, 2008).

3.6. Wsparcie społeczne

Szczególnie ważną rolę w poradnictwie odgrywa **wsparcie społeczne**. Ludzie potrzebują i poszukują wsparcia społecznego w kryzysach rozwojowych. Przyniesie ono jednak pozytywny efekt, pod warunkiem że będzie udzielane w taki sposób, by człowiek sam umiał sobie pomóc (Dunkel-Schetter i Wortman, 1981). Prawidłowo udzielone wsparcie przełamuje dotychczasową alienację i wyizolowanie klienta oraz inicjuje pożądane zmiany w relacjach z jego otoczeniem. Przede wszystkim jednak przywraca jego poczucie własnej wartości i upewnia

w przekonaniu, że jest zdolny rozwiązać sytuację trudną i budować plany na przyszłość (Kubacka-Jasiecka, 2005).

3.7. Techniki radzenia sobie ze stresem

Nakładanie się ról i zadań w wieku średnim stanowi poważne źródło stresu. Warto zaprezentować klientowi podstawowe sposoby **relaksacji** oraz zachęcić go do wypróbowania konkretnych technik. Najczęściej proponowane techniki to: ćwiczenia oddechowe, progresywna relaksacja mięśni Jacobsona, trening autogenny Schulza, wizualizacja.

Wiele osób ma trudności z osiąganiem stanu odprężenia. Naukę relaksacji warto rozpocząć podczas spotkań indywidualnych, daje to bowiem możliwość sprawdzenia poprawności wykonywanych ćwiczeń (por. Popiel i Pragłowska, 2008).

3.8. Rozwój osobisty

Możemy założyć, że kiedy osoba w wieku średnim odkryje swój problem i podejmie działania w kierunku jego rozwiązania, wówczas będzie następował jej rozwój osobisty. Przyjmując, że **rozwój osobisty** ma związek z efektywniejszym funkcjonowaniem człowieka oraz stwarza możliwości dokonywania osobistych wyborów, warto w ramach poradnictwa zwrócić uwagę na ten aspekt. Osoby korzystające z pomocy psychologicznej zazwyczaj są zainteresowane samorealizacją i zwiększaniem swojego szczęścia, jak również poprawianiem relacji z innymi. W zależności od ich potrzeb dodatkowo można

zaproponować im udział w treningach umiejętności społecznych, asertywności, twórczości, zarządzania czasem. Celem tych treningów jest wspieranie rozwoju przez pogłębianie samoświadomości oraz poszerzanie kompetencji osobistych i społecznych.

Podsumowanie

Osoba w wieku średnim może doświadczać trudności adaptacyjnych wynikających z nakładania się zadań rozwojowych i wystąpienia niekorzystnych sytuacji życiowych, takich jak rozwód, bezrobocie, choroba. Prowadzi to do nasilenia negatywnych uczuć i zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń zdrowotnych. Nie zawsze pogorszenie się funkcjonowania człowieka zapowiada groźne problemy natury psychicznej, może to być jednak ważny sygnał świadczący o potrzebie pomocy i wsparcia. Osiągnięcie wieku średniego jest dobrym momentem, by dokonać przeglądu pragnień i dążeń, które udało się podjąć i zrealizować. Jeśli bilans wypadnie negatywnie, to jest jeszcze czas, by dokonać stosownych zmian i wyrównać straty. Gdy życiowe doświadczenie i zasoby osobiste zostaną właściwie wykorzystane, wiek średni może się okazać czasem wzrostu i nowych możliwości.

Pytania sprawdzające

1. Scharakteryzuj zadania rozwojowe okresu średniej dorosłości.

2. Wymień trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie średniej dorosłości.
3. Omów specyficzne trudności kobiet w wieku średnim.
4. Omów specyficzne trudności mężczyzn w wieku średnim.
5. Omów cele poradnictwa psychologicznego adresowanego do osób w wieku średnim.

Problemy do dyskusji

1. Późne rodzicielstwo – wada czy zaleta?
2. Wiek średni – okres największych możliwości czy zagrożeń?
3. Kryzys wieku średniego – prawda czy mit?

Literatura zalecana

Appelt, K. (2005). *Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych?* W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 503–552). Gdańsk: GWP.

Fennell, M.J.V. (2008). *Przezwyciężanie niskiego poczucia własnej wartości. Przewodnik samopomocy w oparciu o techniki poznawczo-behawioralne.* Przeł. M. Klimaszewska. Gdynia: Alliance Press.

Kałużna-Wielobób, A. (2010). *Marzenia kobiet w wieku średnim*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Wojciechowska, L. (2008). *Syndrom pustego gniazda. Dobrostan matek usamodzielniających się dzieci.* Warszawa: Wydawnictwo IP PAN.

Bibliografia

Appelt, K. (2005). Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 503–552). Gdańsk: GWP.

Aquilino, W., Supple, K. (1991). Parent-child relations and parents' satisfaction with living arrangements when adult children live at home. *Journal of Marriage and the Family*, *53*, 13−27.

Bakiera, L. (2004). Pełnienie ról rodzicielskich a rozwój dorosłych w wieku średnim. *Psychologia Rozwojowa*, 9(*2*), 37–46.

Beck, J.S. (2005). *Terapia poznawcza depresji. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Przeł. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Przeł. A. Wojciechowski. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Bidzan, M. (2010). *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Bielawska-Batorowicz, E. (2004). Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian. *Przegląd Menopauzalny*, *3*, 24–30.

Bielawska-Batorowicz, E. (2005). Występowanie objawów uznanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat. *Przegląd Menopauzalny*, *1*, 53–60.

Bilska, E. (2004). Jak Feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego. *Niebieska Linia*, *4*, 3–7.

Brachowicz, M. (2009). Niepłodność jako niemożność doświadczania własnego rodzicielstwa. W: S. Steuden, K. Janowski (red.), *Psychologiczne konteksty doświadczania straty* (s. 25–39). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Brzezińska, A. (2002). *Dorosłość − szanse i zagrożenia.* W: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości* (s.11–54). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W. J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 95–292). Gdańsk: GWP.

Bytheway, B., Johnson, J. (1996). Valuing lives? Obituaries and the life course. *Mortality*, *1*, 219−235.

Czabała, J.C. (2013). *Czynniki lecz*ące *w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czarnecka-Iwańczuk, M., Stanisławska-Kubiak, M., Mojs, E. Wilczak, M., Samborski, W. (2012). Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, *6*, 468–473.

Drennan, Ch. (2013). *Niepłodność*. W: C. Feltham, I. Horton (red.), *Psychoterapia i poradnictwo* (t. 2, s.142–158). Sopot: GWP.

Dunkel-Schetter, C., Wortman, C.B. (1981). Dilemmas of social support. Parallels between victimization and aging. W: S.B. Kiesler, J.N. Morgan, V.K. Oppenheimer (red.), *Aging. Social change* (s. 349−381). New York: Academic Press.

Erikson, E. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Przeł. P. Hejmej. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

Fengler, J. (2000). *Pomaganie męczy*. Przeł. K. Pietruszewski. Gdańsk: GWP.

Fennell, M.J.V. (2008). *Przezwyciężanie niskiego poczucia własnej wartości. Przewodnik samopomocy w oparciu o techniki poznawczo-behawioralne.* Przeł. M. Klimaszewska. Gdynia: Alliance Press.

Gadomska, H., Głuszak, M., Wielgoś, M. (2010). Prokreacja w wieku przedmenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, *2*, 84–86.

Golińska, L., Świętochowski, W. (1998). Temperamentalne i osobowościowe determinanty wypalenia zawodowego u nauczycieli. *Psychologia Wychowawcza*, *5*, 385–398.

Gould, R.L. (1978). *Transformations. Growth and change in adult life*. New York: Simon and Schuster.

Havighurst, R.J. (1981). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.

Hvas, L. (2001). Positive aspects of menopause. A qualitative study. *Maturitas*, *39*, 11–7.

Kałużna-Wielobób, A. (2010). *Marzenia kobiet w wieku średnim*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Kluczyńska, S. (2011). Pomoc w sytuacjach kryzysowych. W: B. Weigl (red.), *Psychologia rozwoju i podstawy pomagania*. *Teoria – ćwiczenia – praktyka* (s. 146–160). Warszawa: Wydawnictwo APS.

Kłoszewska, I. (2007). Rola opiekuna chorych z otępieniem. *Polski Przegląd Neurologiczny*, *2*, 105–109.

Krogulski, S. Lipińska-Szałek, A. (2004). Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. *Przegląd Menopauzalny*, *3*, 31–38.

Kubacka-Jasiecka, D. (2005). Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 57–86). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Kubiak-Fortecka, A., Wilczyński, J. (2009). Ciąża i poród u kobiet w wieku dojrzałym. *Przegląd Menopauzalny*, *13*, 67–71.

Leahy, R.L. (2008). *Techniki terapii poznawczej*. Przeł. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Lew-Starowicz, Z., Szymańska, M. (2010). Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45. roku życia. *Przegląd Menopauzalny*, *6*, 381–384.

Liberska, H. (2003). Realizacja zadań rozwojowych dorosłości a rozwój indywidualny. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 63–99). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Łepecka-Klusek, C., Pilewska-Kozak, A.B., Jakiel, G. (2012). Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *2*, 163–166.

Marks, N.F, Lambert, J.D. (1998). Marital status continuity and change among young and midlife adults. *Journal of Family Issues*, *19(6)*, 652−686.

Maslach, Ch. (2000). Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie* (s. 13–31). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

McAdams, D.P. (2001). Generativity in midlife. W: M.E. Lachman (red.), *Handbook of midlife development* (s. 395–443). New York: John Wiley & Sons.

Mędraś, M. (2002). Andropauza i menopauza – dwie strony tego samego problemu. *Przegląd Menopauzalny*, *4*, 54–58.

Miller, D.A. (1981). The „sandwich" generation. Adult children of the aging. *Social Work*, *26*, 419–423.

Olejnik, M. (2002). Średnia dorosłość. Wiek średni. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (wyd. 3, t. 2, s. 234–262). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Oleś, P.K. (2000). *Psychologia przełomu połowy życia.* Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Oleś, P.K. (2012). *Psychologia człowieka dorosłego*. *Ciągłość – zmiana – integracja.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Oleś, P.K, Baranowska, M. (2003). Przełom połowy życia u kobiet. W*:* J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* (s. 151–160). Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.

Piotrowska, S., Majchrzycki, M. (2013). Ćwiczenia fizyczne u kobiet po menopauzie. *Przegląd Menopauzalny*, *4*, 347–351.

Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka.* Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.

Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Ryff, C.D., Seltzer, M.M. (red.). (1996). *The parental experience in midlife.* Chicago: University of Chicago Press.

Ryff, C.D., Schmutte, P.S., Lee, Y.H. (1996). How children turn out. Implications for parental self-evaluation. W: C.D. Ryff , M.M. Seltzer (red.), *The parental experience in midlife* (s. 383−422). Chicago: University of Chicago Press.

Sęk, H. (1990). Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 89–112). Poznań: CPBP.

Sęk, H. (2000a). Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie* (s. 83–112). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (2000b). Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Uwarunkowania i możliwości zapobiegania. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie* (s. 149–167). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Shek, D.T.L. (1995). A scale for the assessment of midlife crisis in Chinese people. *Psychologia*, *38*, 164−173.

Sobieszczańska, S., Połać, I., Stetkiewicz,T. (2009). Syndrom Gauguina u kobiet w okresie przejścia menopauzalnego. *Przegląd Menopauzalny*, *6*, 324–326.

Studziński, Z. (2004). Ciąża i poród u kobiet po 40 roku życia. *Wiadomości Lekarskie*, *57*, 140–144.

Stusiński, J., Lew-Starowicz, Z. (2012). Funkcjonowanie seksualne kobiet w średnim wieku – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Menopauzalny*, *2*, 87–92.

Szczukiewicz, P. (2005). Pomoc psychologiczna w kryzysie psychicznym – spojrzenie z perspektywy logoterapii. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna* (s. 264–283). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Tamir, L.M. (1982). *Men in their forties. The Transition to middle age.* New York: Springer .

Tan, R.S. (2001). Memory loss a reported symptom of andropause. *Archives of Andrology*, *47(3)*, 185−189.

Terelak, J. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.

Vermeulen, A. (2000). Andropause. *Maturitas*, *34*, 5–15.

WHO (1996). *Research on the Menopause in the 90s. Technical Report Series 866.* Geneva: World Health Organization.

WHO (2000). *Manual for the Standardized Investigation, Diagnosis and Management of the Infertile Male.* Cambridge: Cambridge University Press.

Witek, A., Bojdys-Szyndlar, M. (2006). Ciąża po 40. roku życia – nowa norma w położnictwie. *Przegląd Menopauzalny*, *5*, 306–310.

sk, L. (2005). Teoria dobrostanu w badaniach rozwojowych nad rodziną. Dobrostan rodziców w stadium pustego gniazda. *Psychologia Rozwojowa*, *10(4)*, 35–45.

Wojciechowska, L. (2008). *Syndrom pustego gniazda. Dobrostan matek usamodzielniających się dzieci.* Warszawa: Wydawnictwo IP PAN.

Menadżer ds. Wydawniczych
Emilia Leśniewska

Wydawca
Aleksandra Małek-Leśniewska

Koordynator ds. redakcji
Renata Ziółkowska

Projekt okładki i łamanie
6AN Studio

Zdjęcie na okładce
Villorejo/Shutterstock

Konwersja do EPUB/MOBI
InkPad.pl

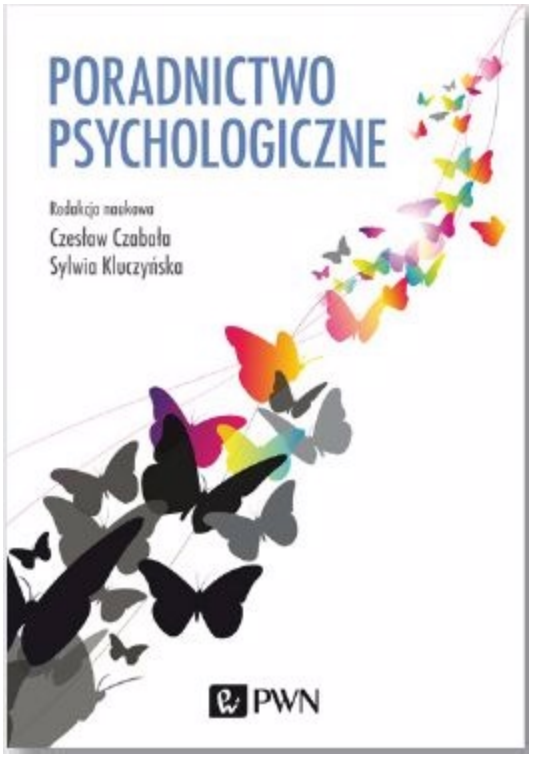
Artykuł stanowiący treść tego e-booka ukazał się w publikacji pt. „Poradnictwo psychologiczne” pod redakcją Czesława Czabały i Sylwii Kluczyńskiej (2015).

E-book, który nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, które im przysługują. Nie publikuj go w internecie. Cytując jego fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. Kopiując jego część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Copyright © by Wydawnictwo Naukowe PWN SA
ISBN 978-83-01-18402-5
Warszawa 2015

Wydawnictwo Naukowe PWN SA

02-460 Warszawa, ul. G. Daimlera 2
tel. 22 69 54 321; fax 22 69 54 288
infolinia 801 33 33 88
e-mail: pwn@pwn.com.pl
www.pwn.pl



PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE

Czesław Czabała
Sylwia Kluczyńska

Wydawnictwo Naukowe PWN, 2015

Kryzysy rozwojowe są naturalnymi zdarzeniami w życiu człowieka. Często radzimy sobie z nimi sami lub „z niewielką pomocą przyjaciół". Bywają jednak i takie kryzysy, z których łatwiej jest wyjść, korzystając z pomocy psychologa.

Publikacja pt. „Poradnictwo psychologiczne" pod redakcją Czesława Czabały i Sywii Kluczyńskiej to kompendium wiedzy na temat poradnictwa psychologicznego przeznaczone dla studentów i praktyków. Czytelnik dowie się z niego, jak w skuteczny i profesjonalny sposób

prowadzić tę formę pomocy psychologicznej dla dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych, a także dla par i rodzin.